EXPOSÉ DES TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Docteur DUCAMP

CANDIDAT A L'AGRÉGATION

POUR LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

(Section de pathologie interne et médecine légale)

CONCOURS DE 1892

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1892

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13

I. — TITRES SCIENTIFIQUES

Bachelier ès lettres (1880).

Bachelier ès sciences complet (1881).

Docteur en médecine (Montpellier 1888).

Externe des hôpitaux de Montpellier (premier de la promotion 1883).

Interne des hôpitaux de Montpellier (1886).

Lauréat des hôpitaux de Montpellier (trousse d'honneur ; concours entre internes, 1887).

Chef de Clinique médicale à la Faculté de Médecine de Montpellier (1888).

Aide bénévole du laboratoire de la Clinique médicale à la Faculté de médecine de Montpellier (1882-1885).

Préparateur du même laboratoire, à titre provisoire, une première fois par décision rectorale (11 mai 1883), une seconde fois par décision ministérielle (5 avril 1884).

Elève du laboratoire d'anatomie pathologique de M. Gombault, à la Faculté de Paris 1891.

Elève de l'Institut Pasteur (laboratoire de microbie technique de M. Roux, 1891).

Membre titulaire de la Société de médecine et de chirurgie pratiques de Montpellier (1888).

Secrétaire de la même Société (1890).

Membre du Comité de rédaction du *Montpellier médical* (1888).

Membre du Comité de rédaction du *Nouveau Montpellier médical* (1892).

II. — ENSEIGNEMENT

Comme chef de Clinique médicale, enseignement aux élèves, à la contre-visite du soir (examen de malades, leçons) 1889-1891.
(Hôpital Saint-Éloi de Montpellier)

III. — TRAVAUX SCIENTIFIQUES

I

Recherches sur la toxicité urinaire chez les cardiaques.
Montpellier médical, 1891.

La détermination de la toxicité urinaire étant devenue une méthode d'investigation clinique depuis les travaux de M. le professeur Bouchard et de ses élèves, et depuis les travaux de M. le professeur Mairet, il devait être intéressant, l'action du cœur sur l'élimination de l'urine étant chose banale, de mesurer la toxicité urinaire chez les cardiaques, dans trois conditions principales :

1° Dans les lésions cardiaques compensées exactement, c'est-à-dire, ne s'accompagnant ni de trouble de la circulation periphérique, ni d'hypertrophie du cœur ;

2° Dans l'asystolie, alors que le cœur est insuffisant à sa tâche et que les œdèmes dominent le tableau clinique ;

3° Dans l'hypertrophie du cœur, quand la lésion valvulaire est non seulement compensée, mais quand le muscle cardiaque hypertrophié se contracte avec une énergie exagérée.

Les recherches faites suivant ces données, l'urine ayant été injectée, en nature, dans la veine de l'oreille, chez le lapin, à raison de 1 c.c. par 10 secondes, ont permis d'établir :

1° Que, dans les lésions exactement compensées, la toxicité urinaire reste normale, alors que l'alimentation consiste dans le régime ordinaire des hôpitaux.

Cette toxicité peut diminuer d'un tiers avec le régime lacté; observation en rapport avec les faits antérieurs de MM. Charrin et Roger;

2° Que, dans l'asystolie, la toxicité urinaire diminue, le coefficient urotoxique n'arrive plus qu'à la moitié de la normale (0,2 environ); cette diminution est imputable à la faible quantité d'urine émise en vingt-quatre heures, car la quantité d'urine nécessaire pour tuer 1 kilogramme d'animal vivant reste normale. La différence dans la forme de la toxicité, porte sur le myosis qui est tardif, car au lieu d'apparaître à 10 ou 15 centimètres cubes d'urine injectée, il n'apparaît qu'à 52 ou même 85 centimètres cubes, et sur l'absence d'effet diurétique, attribuable à la faible quantité de l'urée;

3° Que, dans l'hypertrophie du cœur, dépendante d'une lésion aortique ou mitrale, la toxicité dépasse le double de la normale. Cette augmentation provient d'une toxicité élevée par kilogramme, et est encore accrue par la quantité considérable d'urine émise en vingt-quatre heures.

L'exophtalmie, observée au cours de ces expériences, a paru tenir à une augmentation de la tension intra-oculaire.

II ET III

Recherches sur le poids spécifique de l'encéphale dans les maladies.

Société de biologie, 25 juillet 1891 et *Revue de médecine*, (nov. 1891).

On admet que le poids spécifique de l'encéphale ne varie ni avec l'âge, ni avec le sexe et que, parmi les maladies, seule l'aliénation mentale peut le modifier. Les recherches que j'ai faites me permettent d'établir l'influence de quelques états morbides sur la densité de l'encéphale.

J'ai trouvé un chiffre normal, c'est-à-dire compris entre les variations extrêmes de 1028 (Leuret et Métivier) et de 1039 (Peacock) dans les maladies aiguës sans altération encéphalique et aussi dans

la pneumonie chronique et la cirrhose atrophique. Mais cela ne constitue que le quart de mes résultats.

Dans les maladies chroniques qui ont, entre autres expressions cliniques, une émaciation considérable, comme la tuberculose pulmonaire chronique et le cancer de l'estomac, la densité est augmentée : sur douze tuberculeux à la troisième période, je n'ai trouvé qu'une fois la densité normale (1031), et dans les autres cas les chiffres ont varié de 1044 à 1093. Pour le cancer de l'estomac, les chiffres ont été de 1047, 1049, 1057. Ces résultats semblent indiquer la participation de l'encéphale à l'émaciation générale, l'augmentation de la densité traduisant alors une diminution parallèle des substances graisseuses. L'importance de la durée de la maladie, condition d'un amaigrissement toujours progressif, est attestée par la densité presque normale (1040) que donne la tuberculose pulmonaire aiguë, la densité absolument normale (1034) que donne la gangrène pulmonaire lorsqu'elle évolue rapidement, tandis qu'au contraire cette même maladie, évoluant lentement, donne une densité de 1043. Dans la lymphadénie intestinale et l'ictère grave subaigu, les poids spécifiques ont été respectivement de 1045 et 1060.

Les troubles vasculaires généralisés, comme l'asystolie et l'artério-sclérose généralisée, élèvent aussi le poids spécifique (1044, 1045, 1047, 1048).

Quant aux états plus franchement congestifs de l'encéphale, comme la congestion par le froid et celle trouvée à l'autopsie d'un enfant de deux jours, ils donnent une densité beaucoup plus forte (1062, 1073).

La méningite aiguë simple de la convexité, bien limitée aux enveloppes, n'apporte qu'une modification peu importante (1041).

(Dans tous ces cas, les variations de la densité ont été simultanément observées sur les diverses parties de l'encéphale).

L'hémorrhagie cérébrale récente amenant la mort par phénomènes cérébraux donne une forte densité pour l'encéphale total (α. 1055, β. 1071), et l'augmentation est plus accusée pour l'hémisphère sain, au moins relativement (α. 1058 et 1046, β. 1078 et 1068).

L'hémorrhagie cérébrale ancienne, sans lésion descendante,

lorsque la mort est produite par une affection intercurrente, s'accompagne d'une diminution considérable de la densité pour l'hémisphère lésé (1016 et 1024) et d'une augmentation en quelque sorte compensatrice pour l'hémisphère sain (1030 et 1040), de telle façon que la densité de l'encéphale total donne un chiffre normal.

Dans l'embolie cérébrale récente avec phénomènes cérébraux terminaux, il y a augmentation de la densité pour l'encéphale total (1073), mais l'augmentation est plus marquée pour l'hémisphère sain (1097) que pour l'hémisphère malade (1044).

Si l'embolie est ancienne avec phénomènes cérébraux terminaux et lésion descendante, l'encéphale total a une densité forte (1051), mais l'augmentation porte au contraire plus sur l'hémisphère malade (1049) que sur l'hémisphère sain (1040).

Les poids spécifiques indiqués dans ces recherches, n'obéissent à aucune loi de l'âge ou du sexe.

IV

La température normale chez les vieillards. (En collaboration avec M. le Professeur Mossé).

Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Montpellier, 1886.

Dans le but d'établir la température physiologique du vieillard, ses variations suivent l'heure de la journée (matin et soir) et la différence qui existe normalement dans ces cas entre les températures axillaire et rectale, plus de 150 mensurations ont été pratiquées chez trois vieillards, âgés l'un de soixante-quinze ans, l'autre de soixante-seize ans, le troisième de quatre-vingts ans, tous les trois en bonne santé. Elles ont donné les moyennes suivantes : chez le vieillard de soixante-quinze ans, la température axillaire a été en moyenne, le matin 36°,40 le soir 36°,58 ; la température rectale 36°,83 le matin, 37°,04 le soir ; chez le second âgé de soixante-seize ans, la température axillaire matin 36°,48, le soir 36°,41 ; température rectale matin 37°,06, soir 36°,86. Enfin, chez le troi-

sième âgé de quatre vingts ans, température axillaire matin 36°,08, soir 36°,40 ; température rectale matin 36°,46, soir 36°,94.

Ces chiffres concordent assez bien avec ceux publiés antérieurement ; toutefois ils sont un peu inférieurs à ceux indiqués par d'autres auteurs, et la différence entre la température axillaire et rectale qu'on admet varier de 1 degré chez le vieillard, n'est dans nos observations que d'un demi-degré environ, comme chez l'adulte.

V

Une petite épidémie d'ictère infectieux. *Revue de médecine*, juin 1890.

Il s'agit, dans cette relation d'égoutiers pris simultanément d'ictère, ictère ayant évolué chez eux avec tous les caractères d'une maladie générale, d'une infection. En effet, la maladie a présenté d'abord une période d'incubation absolument silencieuse de cinq jours, puis une période d'invasion caractérisée par de la fièvre, de l'abattement, des vertiges, des épistaxis, des myalgies très vives, enfin l'ictère par polycholie, a fait son apparition avec tout un cortège de phénomènes généraux graves et la maladie s'est terminée par la guérison, au milieu d'une convalescence traînante. Les circonstances étiologiques et l'évolution de la maladie ont permis de penser qu'il s'agissait d'une infection.

VI

Lymphadénie intestinale. (Communication faite avec M. Sacaze à la *Société de médecine et de chirurgie pratiques de Montpellier*, 4 mars 1891).

Femme de trente-neuf ans, ayant présenté pendant dix mois des troubles intestinaux et morte cachectique à l'autopsie de laquelle on trouva le pancréas atteint dans sa totalité de lymphadénome dur, tous

les ganglions mésentériques et les glandes lymphatiques intestinales envahies de la même façon, quelques-unes des glandes de la partie la plus inférieure de l'intestin grêle étaient le siège d'ulcérations nécrobiotiques analogues à celles de la dothiénenterie. La distribution des lésions permit de voir là une infection microbienne et de rapprocher ce fait de la description qu'en a donnée M. Bard, et qui rentre dans ce qu'on appelle en clinique la maladie de Hodgkin.

VII

Des manifestations ophtalmoscopiques de la méningite tuberculeuse. (Thèse de Montpellier, 1888, Lecrosnier et Babé, éditeurs, Paris).

Ce travail peut être divisé en deux parties, l'une relative aux lésions ophtalmoscopiques que l'on constate pendant l'évolution de la méningite tuberculeuse est surtout un chapitre d'ophtalmoscopie médicale, écrit d'après les observations de MM. Peter et Galezowski, de Bouchut, etc., éparses dans la littérature médicale, et montrant l'importance de l'examen ophtalmoscopique pour le diagnostic ; l'autre véritablement originale, basée sur des faits personnels, établit la réalité de manifestations ophtalmoscopiques qui évoluent après la guérison d'une méningite tuberculeuse, ou qui sont consécutives à des poussées de méningite tuberculeuse chronique. Les altérations du fond de l'œil observées alors, sont très variables, depuis la simple gêne de la circulation veineuse jusqu'à l'inflammation et l'atrophie de la pupille ; ces troubles ne sont pas toujours fatals pour la vision et il n'y a pas de rapport exact entre le trouble fonctionnel et la lésion. La faible intensité de la lésion, la cécité fut-elle absolue, est d'un pronostic assez favorable ; dans un cas où la vision était complètement abolie, l'image ophtalmoscopique n'indiquant qu'une faible lésion, la fonction visuelle put reparaître.

VIII ET IX

Lésion mitrale et tuberculose pulmonaire. (En collaboration avec M. Brousse). *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Montpellier*, juin 1889.

Nouvelle observation de lésion mitrale et tuberculose pulmonaire. (*Montpellier médical*, octobre 1891).

Ces faits rares de coexistence d'une lésion mitrale et d'une tuberculose pulmonaire sont en accord avec la théorie de l'antagonisme relatif entre les deux ordres de lésions, formulée par M. le professeur Peter. On sait en effet que les tubercules se développent au sommet des poumons parce que c'est la partie de l'appareil respiratoire qui fonctionne le moins ; et dans les lésions mitrales, il se produit à une période de la maladie, une congestion passive des deux bases pulmonaires et pour que l'hématose se fasse il faut que les sommets fonctionnent énergiquement, ce qui les rend inaptes à se tuberculiser. La première observation rentre dans cet ordre de faits, car chez une femme fortement prédisposée à la tuberculose par une hérédité puissante, cette maladie n'a pu apparaître qu'à un âge assez avancé, et seulement lorsque la lésion cardiaque est rentrée dans l'ordre et ne s'est plus manifestée par aucun symptôme. La seconde observation est relative à une jeune fille atteinte d'une cardiopathie remontant à l'enfance, qui ne s'est jamais accompagnée de maladie cardiaque et qui n'a constitué aucun obstacle au développement de la tuberculose pulmonaire.

J'ai conseillé au Dr Aimé Lapeyre, de faire sa thèse inaugurale sur ce sujet.

X

Déplacement du cœur à droite dans la pleurésie droite. (*Montpellier médical*, septembre 1891).

Dans ce cas de pleurésie droite, le déplacement du cœur vers la droite s'est effectué par torsion du cœur autour de la veine cave inférieure, la pointe étant refoulée en arrière, et ce déplacement s'est produit non par suite d'adhérences entre la plèvre droite et la péricarde, mais sous l'influence de la pression déterminée par le poumon gauche, distendu, fonctionnant suractivement.

XI

Kyste hydatique du cerveau. — Paralysie alterne (oculo-moteur commun et pathétique paralysés à droite; hémianesthésie et hémiparésie à gauche). — Hémiparésie plus faible à droite. — Névrite optique double. (*Progrès médical*, septembre 1891).

Volumineuse tumeur hydatique n'ayant déterminé que des symptômes tout à fait circonscrits par compression médiate du pédoncule cérébral droit, de sa portion sensitive, de sa portion motrice, des fibres nerveuses de l'oculo-moteur commun et du nerf pathétique, compression s'exerceant également sur la portion interne uniquement motrice du pédoncule cérébral gauche. Cette observation nous a permis de discuter l'opinion du professeur Bénédikt (de Vienne) qui veut faire de l'altération pédonculaire au niveau de l'oculo-moteur, la localisation du tremblement; l'absence de tremblement dans notre cas ne nous a pas autorisé à considérer comme démontrée cette localisation.

XII

Tuberculose infantile et localisations cérébrales.
Montpellier médical, août 1888, avec planche.

Ce mémoire relatif à la fréquence de la tuberculose infantile, contient une observation d'abcès tuberculeux du cerveau siégeant à la partie la plus élevée des circonvolutions ascendantes et s'étant traduit par de l'épilepsie partielle du côté opposé, suivie bientôt de paralysie du membre inférieur et du membre supérieur rentrant dans le cadre des monoplégies associées brachio-crurales.

XIII

Trois cent cinquante séances de suspension chez un ataxique, *Montpellier médical*, décembre 1890.

Ce fait montre ce qu'on peut attendre dans l'ataxie des séances répétées de suspension. En effet, il y eut dans ce cas, disparition des douleurs fulgurantes à la quatrième séance, disparition considérée comme définitive 20 mois après ; quant à l'incoordination motrice elle ne commença à être améliorée qu'à la 50e séance, et il fallut pour obtenir le maximum d'effet arriver jusqu'à 280 suspensions, nombre au-delà duquel il ne fut plus rien obtenu même avec 350 séances. Les interruptions dans l'application du traitement ont paru un élément favorable.

XIV

Dermographie chez un hystérique.
Montpellier médical, octobre 1890.

Cette observation fut publiée en raison de la netteté et de la persistance de ce trouble vaso-moteur chez un soldat hystérique, l'inscription tracée sur le thorax avec un stylet mousse restant parfaitement lisible pendant six et même quatorze heures.

XV

Rein unique en fer à cheval.
Communication faite avec M. Sacaze à la *Société de Médecine et de Chirurgie pratiques de Montpellier*, 25 février, 1891.

Il s'agissait de la fusion des deux reins, car la pièce avait deux hiles, et les uretères et les vaisseaux étaient, de chaque côté, comme à l'état normal. Les deux branches montantes avaient la forme et le volume du rein correspondant, et elles étaient réunies en bas par un pont de 4 centimètres de hauteur composé de tissu rénal, sans ligne de démarcation d'aucun côté.

XVI

Un cas de sarcome ossifiant de la choroïde. Etude clinique et anatomique. *Montpellier médical*, juin 1889

Fait intéressant au point de vue anatomo-pathologique, l'étude de la tumeur ayant montré qu'il s'agissait d'un sarcome de la choroïde, par places alvéolaire, ayant envahi la totalité du globe oculaire et présentant en son centre une portion osseuse parfaitement caractérisée par des corpuscules osseux très nets et même par des canalicules de Havers.

XVII

Deux cas d'irritation sympathique traités par l'amputation du segment antérieur de l'œil. *Montpellier médical*, février 1888.

COLLABORATION

A. — *Publication des leçons de M. le professeur* Castan :

XVIII

La pneumonie, maladie microbienne et contagieuse. *Montpellier médical*, juin 1889.

XIX

La varicelle dans ses rapports avec la variole. *Montpellier médical*, octobre 1889.

XX

Pseudo-sclérose en plaques, consécutive à la variole. *Montpellier médical*, janvier 1890.

XXI

Epidémie de rougeole et rubéole. *Montpellier médical*, août 1890.

XXII

La méthode de Koch dans la tuberculose pulmonaire. *Montpellier médical*, février 1891.

XXIII

Coexistence de l'hystérie mâle et du goitre exophtalmique. *Montpellier médical*, mars 1891.

B. — *Participation aux recherches de M. le professeur* Mossé :

XXIV

Sur l'excrétion urinaire après les accès de fièvres intermittentes. *Revue de médecine,* décembre 1888.

XXV

Sur la vérification des indications fournies par l'albuminimètre d'Esbach. *Société de médecine et de chirurgie pratiques de Montpellier.*

XXVI

Sur les résultats comparatifs des dosages obtenus au moyen du saccharimètre suivant que l'urine a été déféquée par le sous-acétate de plomb ou décolorée par le charbon. *Exposé de titres,* de M. le Professeur Mossé).

XXVII

Bulletin annuel de la clinique ophtalmologique de la Faculté de Montpellier. En collaboration avec M. le Professeur Truc. *Montpellier médical,* 1889.

XXVIII

Comptes rendus des séances de la Société de médecine et de chirurgie pratiques de Montpellier (1889-1890).

XXIX

Articles de revue et de bibliographie dans le *Montpellier médical* (1888-1891).

XXX

Analyses bibliographiques dans la *Revue des sciences médicales* (1888).

TOURS, IMPRIMERIE DESLIS FRÈRES